

TÉRMINO:

Esta autorización se mantendrá en efecto:

- A partir de la fecha de esta Autorización hasta _____.
- Hasta que MARINA DEL REY HOSPITAL cumpla con esta solicitud.
- Hasta que se produzca el evento siguiente: _____
- Otro: _____

PROPÓSITO:

Autorizo a MARINA DEL REY HOSPITAL para usar o divulgar información sobre mi salud (incluyendo la información altamente confidencial que he seleccionado anteriormente, si las hay) durante la vigencia de esta Autorización para el(los) siguiente(s) propósito(s) específico(s): [Nota: “a solicitud del Paciente “es suficiente si el Paciente está iniciando esta Autorización]

- A petición del paciente Otro _____.

Entiendo que una vez que MARINA DEL REY HOSPITAL da a conocer mi información de salud al receptor, MARINA DEL REY HOSPITAL no puede garantizar que el destinatario no volverá a divulgar mi información de salud a un tercero. El tercero puede que no sea requerido a que se sujete a esta Autorización o a la ley aplicable federal y de California que rige el uso y la divulgación de mi información de salud.

Entiendo que MARINA DEL REY HOSPITAL puede, directa o indirectamente, recibir remuneración de un tercero en relación con el uso o divulgación de mi información médica.

Entiendo que puedo negarme a firmar o a revocar (en cualquier momento) esta Autorización, por cualquier motivo y que dicha negativa o revocación no afectará el comienzo, la continuación o la calidad de mi tratamiento en MARINA DEL REY HOSPITAL; con excepción, sin embargo, si mi tratamiento en MARINA DEL REY HOSPITAL es con el propósito único de crear información de salud para la divulgación al destinatario identificado en esta autorización, en cuyo caso MARINA DEL REY HOSPITAL puede negarse a tratarme si no firmo esta Autorización.

Entiendo que esta autorización permanecerá en efecto hasta el término de expiración de esta autorización o cuando yo envíe una notificación de revocación por escrito a la Oficina de Privacidad de MARINA DEL REY HOSPITAL a la dirección que aparece a continuación. La revocación será efectiva inmediatamente después de que MARINA DEL REY HOSPITAL reciba mi notificación escrita, salvo que la revocación no tendrá efecto alguno sobre cualquier acción tomada por MARINA DEL REY HOSPITAL en virtud de esta Autorización antes de recibir mi notificación de revocación.

Puedo contactar la Oficina de Privacidad de MARINA DEL REY HOSPITAL por correo en 4650 Lincoln Blvd., Marina del Rey, CA 90292, por teléfono al (310) 823-8911 ext. 5274.

He leído y comprendido los términos de esta Autorización y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre el uso y divulgación de mi información médica. Con mi firma, por la presente, a sabiendas y voluntariamente autorizo a MARINA DEL REY HOSPITAL a utilizar o divulgar la información sobre mi salud en la forma descrita anteriormente.

Firma del Paciente

Fecha

Nota: Si el paciente es menor de edad o no puede firmar esta Autorización, obtenga las siguientes firmas:

Firma del Representante Personal Autorizado

Relación con el Paciente

Fecha

FOR OFFICIAL USE ONLY: PROCESSED AND COMPLETED BY:

HIM STAFF INITIALS _____ DATE _____

NURSING/HOSPITAL STAFF INITIALS _____ DATE _____